



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)  
至州輔助津貼領取者及其代理收款人的重要通知  
IMPORTANT INFORMATION FOR SSP RECIPIENTS AND THEIR PAYEES

日期： \_\_\_\_\_

至：

CLIENT'S NAME
GUARDIAN/LEGAL REPRESENTATIVE'S NAME
CLIENT'S IDENTIFICATION NUMBER

請在此處折疊，以便地址能從信封上的地址窗中顯示

您收到此通知，是因為我們的記錄顯示，您是上面署名的當事人之州輔助津貼 (SSP) 指定代理收款人。如果社會安全局確定上述當事人需要有一位代理收款人來代收社會安全金，上述者也必須由代理收款人來代收其來自發展殘障處的州輔助津貼。除非已要求有另一位代理收款人，否則，社會安全金的代理收款人和州輔助津貼支票的收款人須為同一人。（如果需要一位替代的代理收款人，可與發展殘障處的個案管理員聯絡）。**作為代理收款人，請簽名並將此表格放入隨附的信封內，並請複印一份自己留底。**

誰是該當事人的州輔助津貼收款人？

- 當事人可作為自己的收款人。
- 社會安全金代理收款人將代理州輔助津貼。
- 已指定另一個人/法人實體來代理州輔助津貼。

被指定代理州輔助津貼的代理人或單位職責如下：

- 通知發展殘障處關於社會安全金領取任何變化
- 通知發展殘障處關於當事人居住狀況的任何變化
- 如果當事人已遷離華盛頓州，需通知發展殘障處
- 如果當事人不符合社會安全金資格條件，並收到州輔助津貼當事人溢付款通知，則須根據退款通知，代表該當事人退還多收的州輔助津貼
- 如果意識到該當事人不符合州輔助津貼資格條件，代理收款人有責任退還州輔助津貼。

州輔助津貼津貼/直接補貼代理收款人資訊

姓名	出生日期	社會安全號碼 (個人收款人須填寫)
代理機構名稱	與當事人的關係	
地址	電話號碼 (包括區域號碼)	

我明白並接受上述職責。我同意，如果我不再願意作為該當事人的州輔助津貼代理收款人，我會以書面方式通知發展殘障處。

\_\_\_\_\_  
簽名

副本送交：當事人檔案存檔